

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	53892387		
CORREO ELECTRONICO:	ladys-nana@hotmail.com			CELULAR:	3202778855		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS FONTIBÓN		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03106	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488402708538			PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO		1951		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	3427	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2026-01-01			2026-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,212,992			
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$27,662,400
VALOR EJECUTADO	\$27,524,088
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,212,992
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$138,312
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7999579803	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Luz Dary Castro Herran
52456529
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.	Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente.	TURNO
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Retroalimentación al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERAN
Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO LO REQUIERAN
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE PRESENTEN
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO LO REQUIERAN
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)

Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN
---	---	---------------------

Luz Dary Castro Herran
52456529
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA GAMBOA

C.C 53.892.387 DE BOGOTA

La suma de \$ 2.212.992 pesos m/cte, por concepto de: ***Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 01 al 31 de ENERO 2026*** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. 1951-2025.


LEIDY JOHANNA CASTAÑEDA GAMBOA

C.C 53.892.387 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO

DAVIVIENDA

NUMERO 488402708538



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...



Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

✓ Datos guardados

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

 Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO 2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO 2025.pdf	CUENTA MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL 2025.pdf	CUENTA ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> IAS MAYO 2025 LEIDY CASTAÑEDA.pdf	IAS MAYO 2025 LEIDY CASTAÑEDA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2025.pdf	CUENTA MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA JUNIO 2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA JULIO 2025.pdf	CUENTA JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA AGOSTO 2025.pdf	CUENTA AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> cuenta septiembre 2025.pdf	cuenta septiembre 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA OCTUBRE 2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA NOVIEMBRE 2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DICIEMBRE 2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventiladores y Gases Sanguíneos

Consultar Registros 24H

Accesos Directos

Menú RE

General | Peso/Talla | Registro de Líquidos | Signos Vitales | Glucometrías | Notas de Enfermería | Planilla de Medicamentos | Planilla de Suministros | Traslado Efectivo | Escala de Dolor / Wong-Baker | Escala de Braden (Adulto) | Ingreso: 74158381 - Hospitalario - Urgencias - Cama: FN207A

Paciente: 328414 - LIFARDO GARAVITO ECHEVERRI - Femenino - 62 Años / 0 Meses / 2 Días

Edición Hora: 21:00

Escala de Braden

(Todos)

- 1. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la Presión)
 - 1 Completamente Limitada. No responde a estímulos dolorosos.
 - 2 Muy Limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos.
 - 3 Levemente Limitada. Responde a Ordenes Verbales.
 - 4 No Alterada. Sin Deficit sensorial.
- 2. EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD (Nivel de exposición de la piel a la humedad)
 - 1 Completamente Húmeda. Casi constantemente (sudor, orina, drenajes, estomas).
 - 2 Muy Húmeda. Es necesario cambio de sábanas por turno.
 - 3 Ocasionalmente Húmeda. Es necesario el cambio sábanas cada 12 horas.
 - 4 Raramente Húmeda. Piel normalmente seca.
- 3. ACTIVIDAD (Nivel de actividad física)
 - 1 En Cama.

RIESGO UPP (TOTAL): **16**

Lista de Registros

Ver de Escala Gráficos

Fecha y hora	Riesgo UPP Total	Nivel de Riesgo	Enfermer@	Área de Servicio
27/01/2024 21:00	16	RIESGO BAJO	CASTAÑEDA GAMBRO JEDY JOHA	U. ESP UCI ADULTOS USS FONTEBON
27/01/2026 13:30	23	RIESGO BAJO	MORENO CHILAITA YENSI SAMRI	U. ESP UCI INTERMEDIOS ADULTOS...
27/01/2026 07:00	22	RIESGO BAJO	NOVOA RAMIREZ ANGELA JOHANA	HOSPITALIZACION CIRUGIA GENER...

Página 1 de 1 (23 items)

ALTO RIESGO | **RIESGO MODERADO** | **RIESGO BAJO**

Grabar Cancelar

Paciente: 52481402 - NUBIA YANETH DIAZ BUITRAGO - Femenino - 47 Años / 1 Meses / 16 Días Ingreso: 14175668 - Hospitalario - Urgencias - Cama: FNUCIS

Edición Hora: 20:00

Escala de Braden

Fecha y hora	Riesgo UPP Total	Nivel de Riesgo	Enfermer@	Área de Servicio
27/01/2026 20:00	20	RIESGO BAJO	CASTAÑEDA GAMBICA LEDY JOHANNA	U. ESP UCL INTERMEDIOS ADULTOS...
27/01/2026 13:30	12	ALTO RIESGO	MORENO CHILATRA YENSI SAMRI	U. ESP UCL INTERMEDIOS ADULTOS...
27/01/2026 08:07	20	RIESGO BAJO	FRANCO ACOSTA LEDY JOHANNA	U. ESP UCL INTERMEDIOS ADULTOS...
27/01/2026 08:00	20	RIESGO BAJO	FRANCO ACOSTA LEDY JOHANNA	U. ESP UCL INTERMEDIOS ADULTOS...

RIESGO UPP (TOTAL): 20

ALTO RIESGO RIESGO MODERADO RIESGO BAJO

Grabar Cancelar

Paciente: 14196568 - GABRIEL BONILLA GONZALEZ - Masculino - 81 Años / 3 Meses / 13 Días Ingreso: 14198949 - Ambulatorio - Urgencias

Edición Lista de Registros Visor de Escala Gráficos

Hora: 23:00

Escala de Braden

1. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la Presión)

- 1 Completamente Limitada. No responde a estímulos dolorosos.
- 2 Muy Limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos.
- 3 Levemente Limitada. Responde a Ordenes Verbales.
- 4 No Alterada. Sin Déficit sensorial.

2. EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD (Nivel de exposición de la piel a la humedad)

- 1 Completamente Húmeda. Casi constantemente (sudor, orina, drenajes estomac).
- 2 Muy Húmeda. Es necesario cambio de sábanas por turno.
- 3 Ocasionalmente Húmeda. Es necesario el cambio sábanas cada 12 horas.
- 4 Raramente Húmeda. Piel normalmente seca.

3. ACTIVIDAD (Nivel de actividad física)

- 1 En Cama.

RIESGO UPP (TOTAL): **7**

Página 1 de 1 (2 ítems)

ALTO RIESGO **RIESGO MODERADO** **RIESGO BAJO**

Fecha y hora	Riesgo UPP Total	Nivel de Riesgo	Enfermer@	Área de Servicio
27/01/2026 23:00	7	ALTO RIESGO	CASTAÑEDA GAMBICA LIDBY ADHA...	EL ESPUJO ADULTOS USI FORTRON
27/01/2026 11:00	12	ALTO RIESGO	RAMOS PELAEZ MARTHA CATALINA	URG PROCEDIMIENTOS DE URGENC...

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Paciente: 328414 - LIFARDO GARAVITO ECHEVERRI - Femenino - 62 Años / 0 Meses / 2 Días

Ingreso: 14168381 - Hospitalario - Urgencias - Cama: FN207A

Edición Hora: 21:00

Lista de Registros

Fecha y hora	Riesgo UPP Total	Nivel de Riesgo	Enfermer@	Área de Servicio
27/01/2026 21:00	16	RIESGO BAJO	CASTAÑEDA GUARINO LILY JOHA...	U. ESP. UCI ADULTOS LESS FOMCIÓN...
27/01/2026 13:30	23	RIESGO BAJO	MORENO CHILATRA YENSI SAMRI	U. ESP. UCI INTERMEDIOS ADULTOS...
27/01/2026 07:00	22	RIESGO BAJO	NOVOA RAMÍREZ ANGELA JOHANA	HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA GENER...

RIESGO UPP (TOTAL): 16

ALTO RIESGO RIESGO MODERADO RIESGO BAJO

2026 Sistemas y Asesoría de Colombia S.A.

Fecha y hora: * 20/01/2026 21:00

Lista de Registros Visor de Escala Graficos

Escala de Braden

1. PERCEPCIÓN SENSORIAL (Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la Presión)

1 Completamente Limitada. No responde a estímulos dolorosos.

2 Muy Limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos.

3 Levemente Limitada. Responde a Ordenes Verbales.

4 No Alterada. Sin Déficit sensorial.

2. EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD (Nivel de exposición de la piel a la humedad)

1 Completamente Húmeda. Casi constantemente (sudor, orina, drenajes, estomas).

2 Muy Húmeda. Es necesario cambio de sábanas por turno.

3 Ocasionalmente Húmeda. Es necesario el cambio sábanas cada 12 horas.

4 Raramente Húmeda. Piel normalmente seca.

3. ACTIVIDAD (Nivel de actividad física)

1 En Cama.

RIESGO UPP (TOTAL): 10

Página 1 de 1 (23 items)

ALTO RIESGO RIESGO MODERADO RIESGO BAJO

X Cancelar

Fecha y hora	Riesgo UPP Total	Nivel de Riesgo	Enfermer@	Área de Serv
27/01/2026 08:00	17	RIESGO BAJO	FRANCO ACOSTA LEIDY JOHANNA	U. ESP UCL INTERMEDIOS
26/01/2026 20:00	14	RIESGO MODERADO	FRANCO ACOSTA LEIDY JOHANNA	U. ESP UCL INTERMEDIOS
26/01/2026 19:00	7	ALTO RIESGO	FRANCO ACOSTA LEIDY JOHANNA	U. ESP UCL INTERMEDIOS
26/01/2026 14:00	14	RIESGO MODERADO	CASTILLO CORONADO SONIA DEL P...	U. ESP UCL INTERMEDIOS
26/01/2026 08:00	13	RIESGO MODERADO	LOPEZ NUÑEZ PAULA MARCELA	U. ESP UCL INTERMEDIOS
25/01/2026 19:00	15	RIESGO BAJO	MAHECHA GARCIA LAURA VALENTI...	U. ESP UCL INTERMEDIOS
25/01/2026 07:00	12	ALTO RIESGO	LOPEZ NUÑEZ PAULA MARCELA	U. ESP UCL INTERMEDIOS
24/01/2026 20:00	8	ALTO RIESGO	CASTILLO CORONADO SONIA DEL P...	U. ESP UCL INTERMEDIOS
24/01/2026 07:00	10	ALTO RIESGO	NUMPAQUE GARCIA ANA JULIET	U. ESP UCL INTERMEDIOS
23/01/2026 13:30	7	ALTO RIESGO	MORENO CHILATRA YENSI SAMRI	U. ESP UCL INTERMEDIOS
23/01/2026 08:00	7	ALTO RIESGO	FRANCO ACOSTA LEIDY JOHANNA	U. ESP UCL INTERMEDIOS
22/01/2026 20:00	7	ALTO RIESGO	FRANCO ACOSTA LEIDY JOHANNA	U. ESP UCL INTERMEDIOS
22/01/2026 14:00	12	ALTO RIESGO	CASTILLO CORONADO SONIA DEL P...	U. ESP UCL INTERMEDIOS
22/01/2026 07:00	12	ALTO RIESGO	OCHOA PEDRAZA JUAN ESTEBAN	U. ESP UCL INTERMEDIOS
21/01/2026 20:00	8	ALTO RIESGO	CASTAÑEDA GAMBOA LEIDY JOHANNA	U. ESP UCL INTERMEDIOS
21/01/2026 13:30	4	ALTO RIESGO	MORENO CHILATRA YENSI SAMRI	U. ESP UCL INTERMEDIOS
20/01/2026 21:00	10	ALTO RIESGO	CASTAÑEDA GAMBOA LEIDY JOHANNA	U. ESP UCL INTERMEDIOS
20/01/2026 13:30	4	ALTO RIESGO	MORENO CHILATRA YENSI SAMRI	U. ESP UCL INTERMEDIOS
20/01/2026 07:05	6	ALTO RIESGO	AVILA BERMUDEZ MONICA ELIANA	U. ESP UCL INTERMEDIOS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53892387
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIDY JOHANNA CASTANEDA GAMBOA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	BOGOTA TELÉFONO:		2000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades de apoyo terapéutico.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7999579803	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	6		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	13155043

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
		ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002297390	230201	230201- PROTECCION		1	\$ 228.700
SUBTOTAL:				1	\$ 228.700
SALUD					
		ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 178.700
SUBTOTAL:				1	\$ 178.700
RIESGOS PROFESIONALES					
		ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 34.900
SUBTOTAL:				1	\$ 34.900

VALOR SIN MORA:	\$ 440.500
VALOR MORA:	\$ 1.800
TOTAL PAGADO:	\$ 442.300